

Prevalenza del dolore cronico in anziani istituzionalizzati in residenza sanitaria assistenziale

Massimo Monti, Daniela Moretti, Antonella Conti, Isabella Leoni,
Guido Collodo, Ivana Santi, Monica Gandelli

Residenze Sanitarie Assistenziali
Azienda di Servizi alla Persona "Pio Albergo Trivulzio" Milano

Corrispondenza a:
Massimo Monti
e-mail: monti.massimo@tin.it

Riassunto

Nel 2003 è stato attivato presso le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) del Pio Albergo Trivulzio di Milano un progetto di miglioramento del controllo del dolore che, in prima istanza, prevedeva la rilevazione della prevalenza del sintomo. Lo studio ha incluso 237 soggetti (45 uomini e 192 donne) con età media di 84,2 anni; 79 soggetti (33,3%) hanno riferito dolore di cui 57 (24,1%) dolore intermittente e 20 (8,4%) costante. Sessanta soggetti riferivano dolore al momento dell'intervista (con intensità severa nel 22%, moderata nel 55% e lieve nel 23% dei casi) e 67 riferivano dolore nelle 24 ore precedenti (con intensità severa nel 30%, moderata nel 49% e lieve nel 21% dei casi). Solo 11 pazienti erano in trattamento cronico con farmaci antidolorifici. Non sono emerse differenze statisticamente significative tra i soggetti con e senza dolore per quanto riguarda età, sesso e indice di Barthel. La prevalenza di dolore è significativamente maggiore nei soggetti cognitivamente integri vs quelli con decadimento grave ($p=0,026$). Infine, il 43% dei pazienti depressi ha lamentato dolore moderato-severo vs il 19,5% dei soggetti con tono dell'umore normale ($p=0,0015$). Nelle RSA, che rappresentano un importante livello assistenziale per la popolazione anziana, la promozione di programmi per il controllo del dolore e più in generale per l'introduzione dei principi delle cure palliative, rappresenta una importante necessità di salute pubblica. L'implementazione di programmi per il miglioramento del controllo del dolore in queste strutture passa attraverso la crescita culturale e professionale degli operatori.

Parole chiave: Anziani, Dolore, Residenze Sanitarie Assistenziali

Summary

At the "Pio Albergo Trivulzio" nursing homes a project started, on 2003; it was focused on the improvement of pain control; the first step was the measurement of the prevalence of pain among the elderly in patients. The present study included 237 subjects (45 men and 192 women), mean age 84.2 years; 79 subjects (33.3%) had pain: 57 (24.1%) intermittent and 20 (8.4%) chronic pain. Sixty patients had pain at the moment of the interview (the intensity was: severe in 22%, moderate in 55% and mild in 23% out of cases) and 67 had pain in the previous 24 hours (the intensity was: severe in 30%, moderate in 49% and mild in 21% out of cases). Only 11 patients assumed constantly analgesic drugs. None significant difference emerged between the patients, with and without pain, as to age, sex and the Barthel's index. The prevalence of pain was higher among the subjects without cognitive impairment vs the demented ones ($p=0.026$). Moreover, 43% out of depressed patients reported having moderate-severe pain vs 19.5% out of subjects with normal mood ($p=0.0015$). The need of implementing programs for pain control and palliative care in nursing homes is a significant public health problem. The implementation of projects for the improvement of pain control in these structures cannot go without a cultural and professional growth of the care givers.

Key words: Elderly, Pain, Nursing Home

INTRODUZIONE

Nel mondo occidentale una percentuale variabile tra il 2% e l'8% della popolazione anziana di oltre 65 anni vive nelle strutture residenziali ma tale percentuale sale significativamente nella fascia d'età over 85 anni, superando in molti paesi il 20%⁽¹⁾. La maggior parte di questi anziani non sono autosufficienti per una serie di malattie, spesso concomitanti, che includono la demenza, gli esiti di incidenti vascolari cerebrali, i deficit della funzione cardiaca e/o polmonare, le malattie neurologiche degenerative, il cancro, le osteo-artropatie croniche.

Pertanto, le Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani (RSA) - che corrispondono alle nursing home anglosassoni - stanno assumendo un ruolo sempre più rilevante nell'offrire cure e assistenza agli anziani cosiddetti "fragili" e rappresentano un luogo di degenza in cui una quota sempre più ampia di anziani trascorre gli ultimi anni o mesi della propria vita⁽²⁻⁴⁾. Nella popolazione anziana l'incidenza delle patologie cronico-degenerative che manifestano nel loro decorso una sintomatologia dolorosa - in primo luogo le osteo-artropatie, i tumori, le complicanze del diabete, ecc. - tende ad aumentare con il crescere dell'età. Tuttavia, è stato evidenziato che gli anziani istituzionalizzati hanno un rischio significativo di ricevere un trattamento inadeguato per il dolore⁽⁵⁾.

La prevalenza del dolore negli anziani varia, secondo vari studi, dal 45% a oltre l'80% e la popolazione residente nelle RSA sembra essere quella che presenta la maggiore quota di soggetti con dolore non controllato^(6, 7).

Won et al. indagando, tra il 1992 e il 1995, quasi 50.000 residenti nelle nursing home statunitensi trovarono che il 26% aveva almeno un dolore quotidiano e che tra i soggetti con dolore circa un quarto non riceveva alcun trattamento antalgico⁽⁸⁾. Analizzando i dati di oltre 13.000 anziani americani con malattia tumorale istituzionalizzati è stato evidenziato che il 29% di essi riferiva, quotidianamente, la presenza di dolore e che il 26% dei malati con dolore non riceveva alcun farmaco antidolorifico⁽⁹⁾.

In un altro ampio studio americano Sengstaken et al. attraverso interviste e la revisione delle cartelle cliniche, trovarono che il 66% dei residenti nelle strutture per anziani riferiva dolore cronico⁽¹⁰⁾. Il medico, inoltre, non rilevava il dolore in quasi la metà dei casi⁽¹¹⁾.

La popolazione anziana istituzionalizzata sembra essere quin-

di particolarmente esposta ad avere un inadeguato controllo del dolore per una serie di motivi che possono comprendere: la difficoltà dei soggetti a esprimere i propri bisogni⁽¹²⁾, la convinzione che il dolore è insito nel processo di invecchiamento⁽¹³⁾, la scarsa sensibilizzazione del personale di assistenza medico e infermieristico a prestare attenzione al dolore e l'insufficiente formazione e aggiornamento professionale riguardo la gestione farmacologica, e non, del dolore^(10,14).

In Italia la situazione riguardo la valutazione e il controllo del dolore negli anziani sembra sovrapponibile a quella descritta nella realtà anglosassone. Uno studio trasversale regionale condotto da Costantini et al. ha recentemente evidenziato che il 57% di 4121 pazienti ricoverati in ospedale aveva lamentato dolore nelle 24 ore precedenti la valutazione, e che la proporzione dei soggetti con dolore si incrementava significativamente con l'aumentare dell'età⁽¹⁵⁾.

Il dolore cronico ha delle ricadute significative sulla qualità della vita del soggetto anziano istituzionalizzato, in quanto determina una riduzione nella partecipazione alle attività ricreative, una maggiore dipendenza nelle attività della vita quotidiana e un aumento della prevalenza di ansia e depressione^(8,7,16).

Nel 2003 è stato attivato presso le RSA del Pio Albergo Trivulzio (un istituto geriatrico milanese con una ricettività di circa 1000 posti letto, suddivisi in oltre 400 letti per la riabilitazione geriatrica e quasi 600 per il ricovero in RSA) un progetto di miglioramento del controllo del dolore. Il progetto, in analogia ai progetti del tipo "Ospedale senza dolore" promossi sia a livello ministeriale sia regionale si sviluppa, in un arco temporale di circa 3 anni, soprattutto in attività di formazione specifica degli operatori dedicati all'assistenza (medici, infermieri e operatori assistenziali).

La prima fase del progetto, che viene di seguito riportata, era finalizzata alla rilevazione della prevalenza del sintomo dolore tra gli anziani non autosufficienti istituzionalizzati nelle nostre RSA.

PAZIENTI E METODI

Nell'autunno 2003 sono stati reclutati 279 soggetti degenti in alcune RSA del Pio Albergo Trivulzio (la popolazione complessiva degente allora nelle RSA era di 515 residenti). Quarantadue soggetti (15%) furono esclusi dallo studio in quanto non accessibili verbalmente e/o di età inferiore a 65 anni e/o per incompletezza dei dati raccolti.

I pazienti erano sottoposti a un'intervista al fine di indagare la presenza, la tipologia, la sede, le caratteristiche del dolore, nonché gli eventuali fattori scatenanti e i fattori di sollievo del dolore. Era anche indagato il tono dell'umore (umore depresso, umore normale) e la presenza di disturbi del sonno.

Per la raccolta dei dati durante l'intervista, effettuata dal medico geriatra curante in RSA, è stata utilizzata una versione modificata della scheda "Geriatric Pain Assessment", che è raccomandata dalla Associazione dei Geriatri Americani⁽¹⁷⁾. La scheda è costituita da una parte anamnestica (orientata sul dolore e comprensiva di anamnesi farmacologica) e da una parte valutativa che riguarda: l'umore, il sonno, l'intensità del dolore. L'intensità del dolore è stata indagata somministrando la scala numerica del dolore, riferito al momento della rilevazione (D-t0) e alle 24 ore precedenti (D-t24).

Ciascun soggetto è stato sottoposto a valutazione multidimensionale comprendente:

- a) anamnesi patologica mediante Cumulative Illness Rating Scale (CIRS). La scala è composta da 14 item, corrispondenti ad altrettanti apparati; si segnala la presenza di eventuali patologie alle quali il medico dà anche un giudizio di severità (0=assente, 1=lieve, 2=moderata, 3=grave, 4=molto grave). Ciò consente di elaborare un indice di comorbilità (IC), legato al numero di apparati con patologia, e un indice di severità (IS), legato alla gravità delle patologie riscontrate^(18,19);
- b) anamnesi farmacologica (orientata all'utilizzo, o meno, di farmaci antidolorifici);
- c) valutazione funzionale, mediante il calcolo dell'indice di Barthel modificato^(20,21). La scala di Barthel, da cui deriva l'indice, valuta 10 attività: igiene personale, farsi il bagno, alimentazione, uso dei servizi, fare le scale, vestirsi, controllo delle feci, controllo delle urine, deambulazione o uso di carrozzina, trasferimento letto/sedia. A ciascuna di queste attività viene attribuito un punteggio variabile per ciascuna attività (da 0, che corrisponde alla totale incapacità di eseguire il compito, a 10 o 15, che corrisponde alla completa autosufficienza nell'esecuzione del compito). Il punteggio complessivo varia da 0 a 100;
- d) valutazione cognitiva, mediante Mini Mental State Examination (MMSE), il cui punteggio varia da zero (completo deterioramento cognitivo) a 30 (assenza di deterioramento cognitivo)⁽²²⁾.

Per l'analisi statistica sono stati utilizzati, quando appropriati, i test T di Student e Chi quadrato.

RISULTATI

Sono stati inclusi nello studio 237 soggetti (45 uomini, 19%, e 192 donne, 81%), con un'età media di 84,2 anni.

In tabella 1 sono riportati i dati demografici, i risultati della valutazione geriatrica multidimensionale e la distribuzione delle principali patologie. Come prevedibile, la frequenza maggiore è stata riscontrata per le patologie cardio-vascolari e muscolo-scheletriche (rispettivamente, con prevalenza del 92,4% e del 90,7%), cui si associa una disabilità grave (con media dell'indice di Barthel pari a 34 e mediana pari a 24). Settantanove soggetti (33,3%) hanno riferito dolore: 57 (24,1%) dolore solo intermittente, 2 (0,8%) dolore intermittente e costante e 20 (8,4%) solo dolore costante.

Tabella 1. Caratteristiche della popolazione studiata

Soggetti N	237
Età (anni) media \pm ds	84,2 \pm 8,2
Sesso (%)	45 M (19%); 192 F (81%)
Indice di Barthel media \pm ds (mediana)	33,9 \pm 30 (24)
MMSE media \pm ds (mediana)	14,7 \pm 8,7 (16)
Umore depresso: N (%)	74 (31,2%)
CIRS - Indice di Comorbilità media \pm ds	2,3 \pm 0,4
CIRS - Indice di Severità media \pm ds	6,9 \pm 2,5

Sessanta soggetti (\div) riferivano dolore al momento dell'intervista (D-t0), con intensità media di 5,4 e 67 soggetti riferivano dolore nelle 24 ore precedenti (D-t24), con intensità media \div 5,8. L'intensità del dolore al momento dell'intervista è risultata: severa (punteggio da 8 a 10 alla scala numerica) nel 22% dei casi, moderata (punteggio 4-7) nel 55% dei casi e lieve (punteggio 1-3) nel 23% dei casi.

L'intensità del dolore riferita alle 24 ore precedenti l'intervista è risultata: severa nel 30%, moderata nel 49% e lieve nel 21% dei casi.

Dalla scala numerica è emersa una prevalenza di dolore lieve pari al 6% (a t0 e a t24), di dolore moderato pari al 14% (a t0 e a t24) e di dolore severo pari al 5% a t0 e all'8% a t24.

La tabella 2 mostra le sedi e le caratteristiche del dolore, i fattori di sollievo e i fattori scatenanti.

Undici pazienti (±) erano in trattamento cronico con farmaci antidolorifici (7 con tramadolo e 4 con farmaci antinfiam-

matori non steroidei), ma nessuno con oppiacei forti.

Confrontando i soggetti con dolore e quelli che non riferivano dolore (Tabella 3), non sono emerse differenze statisticamente significative per quanto riguarda età, sesso e indice

Tabella 2. Caratteristiche del dolore

Fattori di sollievo dal dolore		Fattori scatenanti dal dolore	
Riposo	34 (43,0%)	Movimento	21 (26,6%)
Immobilità	20 (25,3%)	Tosse	9 (11,4%)
Uso di antidolorifici	5 (6,3%)	Mobilizzazione	4 (5,1%)
Non segnalati	36 (45,6%)	Non segnalati	52 (65,8%)

Sede del dolore		Caratteristiche dolore	
Diffuso	22 (27,8%)	Traffittivo	34 (43,0%)
Arti inferiori	22 (27,8%)	Pungente	7 (8,9%)
Tronco	16 (20,3%)	Lancinante	6 (7,6%)
Arti superiori	15 (18,9%)	Formicolio	5 (6,3%)
Addome/pelvi	7 (8,9%)	Urente	1 (1,3%)
Cefalea	2 (2,5%)	Non segnalate	26 (32,9%)

Tabella 3. Confronto tra soggetti con e senza dolore

	Dolore presente	Dolore assente	p
	N 79 (33,3%)	N 158 (66,7%)	
Donne (%)	63 (83,5%)	128 (81,0%)	n.s.
Uomini (%)	16 (16,5%)	30 (19,0%)	n.s.
Età media ± ds	84,2 ± 7,5	84,1 ± 8,7	n.s.
Indice di Barthel: m ± ds	36,1 ± 30,7	32,8 ± 29,7	n.s.
MMSE: media ± ds	16,5 ± 7,8	13,7 ± 9,0	0,009
Umore depresso: N (%)	35 (44,3%)	39 (24,7%)	0,0015
Disturbi del sonno: N (%)	18 (22,8%)	11 (7,0%)	0,00019
IC.: media ± ds	2,3 ± 0,5	2,2 ± 0,4	n.s.
IS.: media ± ds	6,8 ± 2,5	6,9 ± 2,6	n.s.
Patologie muscolo-scheletriche N (%)	68 (86,1%)	147 (93,0%)	n.s.
Patologie del SNC e SNP N (%)	59 (74,7%)	126 (80,0%)	n.s.
Patologie cardiovascolari N (%)	78 (98,7%)	141 (89,2%)	0,009
Patologie respiratorie N (%)	45 (57,0%)	83 (52,5%)	n.s.
Diabete mellito N (%)	11 (13,9%)	29 (18,4%)	n.s.
Ulcere da pressione N (%)	13 (16,5%)	12 (7,6%)	0,053

di Barthel. Sono invece risultate significative le differenze tra punteggio del MMSE, prevalenza di umore depresso e di disturbi del sonno. Non sono emerse differenze statisticamente significative per quanto riguarda IC e IS della CIRS e prevalenza di patologie muscolo-scheletriche, del sistema nervoso, respiratorie e diabete mellito. Le patologie cardiovascolari e le ulcere da pressione mostrano invece una prevalenza maggiore nei soggetti con presenza di dolore (rispettivamente 98,7% vs 89,2%, $p=0,009$; 16,5% vs 7,6%, $p=0,053$).

La figura 1 mostra i dati di prevalenza e di intensità del dolore in quattro classi di soggetti: quelli senza decadimento cognitivo (MMSE ≥ 24), con decadimento cognitivo lieve (MMSE 18-23), moderato (MMSE 10-17) e severo (MMSE < 10). Confrontando i 39 soggetti con MMSE ≥ 24 , con i 66 soggetti con MMSE < 10 , l'intensità del dolore è più alta nei primi nelle ultime 24 ore ($p=0,0054$). La prevalenza di dolore è sovrapponibile per soggetti con MMSE ≥ 24 e < 24 , mentre è significativamente maggiore nel primo gruppo confrontato con i soggetti con MMSE < 10 ($p=0,026$) (Tabella 4).

Infine, 31 dei 74 soggetti con tono dell'umore depresso (pari al 43%) hanno lamentato dolore moderato-severo mentre 31 dei 163 soggetti con umore normale (19,5%, $p=0,0015$) hanno lamentato dolore (Tabella 5).

DISCUSSIONE

Il campione indagato, composto prevalentemente da donne (oltre l'80%) e con età media di quasi 85 anni, istituzionalizzate per non autosufficienza nelle attività della vita quotidiana, è rappresentativo della popolazione attualmente degente nelle RSA italiane. Anche nelle strutture di ricovero per anziani non autosufficienti

Figura 1. Prevalenza del dolore in pazienti con vari livelli di funzione cognitiva al Mini Mental State Examination (punteggio 24 = cognitiv   integra, 18-23 = decadimento cognitivo lieve, 10-17 = moderato, <10 = severo).

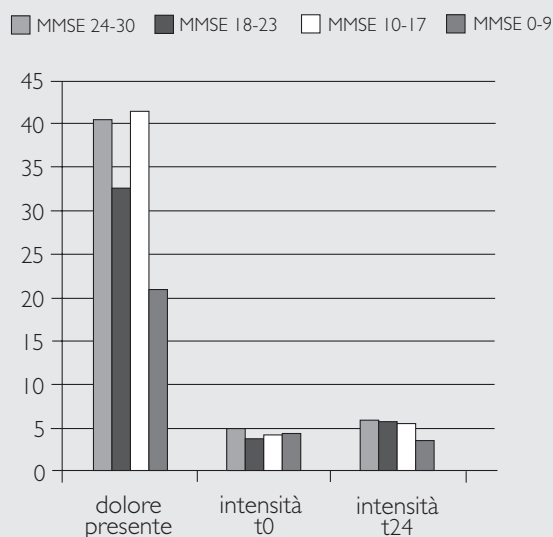


Tabella 4. Dolore e cognitiv  

	MMSE <24	MMSE ≥24	p
Soggetti con dolore	63	16	n.s.
Soggetti senza dolore	135	23	
Totale	198	39	

	MMSE <10	MMSE ≥24	p
Soggetti con dolore	14	16	0,026
Soggetti senza dolore	52	23	
Totale	66	39	

Tabella 5. Dolore e depressione

	Soggetti con umore depresso	Soggetti con umore normale	p
Soggetti con dolore	35	44	0,0015
Soggetti senza dolore	39	119	
Totale	74	163	

europee e statunitensi si osserva una netta prevalenza di soggetti di sesso femminile ultraottantenne⁽¹⁾. Il valore mediano di MMSE (16/30) conferma l'ampia prevalenza, nei soggetti istituzionalizzati, di persone con decadimento cognitivo di grado moderato-severo, cui si associa una rilevante percentuale di soggetti con deflessione del tono dell'umore (oltre il 30%).

Nella nostra casistica   stata misurata una prevalenza di dolore pari al 33%, che risulta minore rispetto ai valori di prevalenza (49-84%) riportati in letteratura in popolazioni anziane istituzionalizzate^(5,7,8,10). Va peraltro precisato che nessuno dei residenti reclutati era affetto da malattia tumorale in fase attiva e ci , in parte, pu  giustificare la percentuale minore rispetto a quella riscontrata in altre casistiche di anziani che usualmente comprendono anche malati affetti da tumore o, in certi casi, sono costituite esclusivamente da essi⁽⁹⁾. Peraltro va anche detto che oltre il 90% dei soggetti indagati risultava affetto da patologie muscolo-scheletriche (artrosi, artrite, osteoporosi, ecc.) che, notoriamente, possono determinare quadri algici anche molto rilevanti. Inoltre, quasi il 20% dei pazienti aveva una diagnosi di diabete mellito e il 10% di ulcere da pressione, entrambe patologie che possono essere associate a sintomatologia dolorosa.

Nel nostro studio sono stati evidenziati e confermati alcuni degli ostacoli che impediscono sia la corretta valutazione sia l'adeguato trattamento del dolore nei soggetti anziani⁽²⁴⁾.

In primo luogo risulta difficoltoso rilevare, correttamente e completamente, il sintomo dolore. I fattori d'ostacolo alla valutazione sono molteplici. Tra di essi si annovera la compromissione delle funzioni cognitive, che aumenta con l'aumentare dell'et . I nostri dati evidenziano differenze statisticamente significative tra il dolore riportato da soggetti con MMSE 24 (cognitivamente integri) e soggetti con deficit cognitivo, soprattutto quando severo (MMSE <10), sia per quanto riguarda la prevalenza del dolore sia per l'intensit  del dolore. Tale dato   in accordo con quanto riscontrato da altri ricercatori che, in indagini condotte in ampie casistiche di soggetti istituzionalizzati, hanno rilevato che a gradi pi  severi di demenza corrispondeva un livello minore di dolore^(24,25).   peraltro verosimile che tra i soggetti con significativo decadimento cognitivo e asintomatici rispetto al dolore, ve ne fossero alcuni solamente impossibilitati a comunicare il sintomo o anche a ricordare un episodio doloroso avvenuto recentemente. Ci  suggerisce, in accordo con la letteratura, la necessit  di un approccio personalizzato alla valutazione del dolore nei soggetti con decadimento cognitivo grave, che preveda l'utilizzo di scale di valutazione semplificate e/o una valutazione globale del paziente (atteggiamenti, espressioni del volto, comportamento, modificazioni dello stato funzionale^(12,26)). Nei pazienti con malattia di

Alzheimer è stato suggerito l'uso di *pain behavior checklist*⁽²⁷⁾. Una seconda criticità è legata sia alla modalità di rilevazione del dolore sia all'operatore maggiormente coinvolto nella sua valutazione. Il dolore muscolo-scheletrico, che è di gran lunga il più frequente nei soggetti anziani istituzionalizzati⁽⁵⁾, frequentemente si manifesta durante i cambi di posizione e postura. Gli operatori assistenziali e i terapisti della riabilitazione sono pertanto le figure professionali che, per l'attività svolta, hanno la maggiore probabilità di osservare le espressioni di dolore che si manifestano durante i movimenti del soggetto. Una corretta comunicazione interdisciplinare, la cui sede formale ideale è rappresentata dalla riunione d'équipe, può essere un adeguato strumento sia per facilitare lo scambio di informazioni all'interno del gruppo curante sia per redigere un piano assistenziale individuale orientato ai problemi dell'anziano.

Un terzo ostacolo è rappresentato dalla difficoltà dell'anziano a utilizzare strumenti, anche se apparentemente semplici, di rilevazione del dolore. L'anziano, specie se in età avanzata, è frequentemente affetto da deficit sensoriali (udito e vista) che rendono difficoltosa la comprensione dello strumento e le spiegazioni fornite per il suo utilizzo. A questi deficit si possono associare, inoltre, alterazioni neuro-motorie che, ad esempio, impediscono l'autocompilazione della scala numerica.

Nella nostra esperienza abbiamo rilevato che talvolta la persona anziana, quando interrogata, lamenta o riferisce una sintomatologia dolorosa ma quando poi le viene richiesto di oggettivare tale sintomatologia, essa viene riferita al passato (più o meno lontano) e comunque non allo stato attuale o immediatamente recente (le 24 ore precedenti). Peraltro in alcuni soggetti abbiamo osservato la gratificazione di riferire uno stato di benessere e in altri il compiacimento di saper gestire, con un atteggiamento quasi "eroico", il dolore (che rappresenta solo una delle tante difficoltà che possono caratterizzare la condizione anziana), come per affermare la propria conservata "vitalità" e combattere la sudditanza a stati di malessere che annichiscono la volontà della persona.

Va sottolineato che nella nostra casistica, anche tra i soggetti che hanno riferito dolore, l'uso cronico di farmaci analgesici è risultato alquanto ridotto (14%), con ricorso esclusivo a farmaci dei primi due gradini della scala analgesica dell'OMS⁽²⁸⁾, senza nessun residente trattato con oppiacei maggiori. Se si considerano solo i 21 residenti che hanno riferito dolore

costante (o dolore costante con riacutizzazioni intermittenti) la percentuale di pazienti trattati con farmaci analgesici è poco più del 50%, troppo ridotta per essere considerata un accettabile livello di controllo della sintomatologia dolorosa. Da ciò deriva la necessità di trattare senza esitazione l'anziano che riferisce dolore, utilizzando l'ampia gamma di farmaci a disposizione che non trovano controindicazioni assolute nell'età ma richiedono peraltro una buona conoscenza delle loro caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche, così da poter adeguare correttamente, anche nel soggetto molto anziani, la posologia.

Won et al. hanno rilevato in un'ampia casistica che circa un quarto dei residenti anziani nelle nursing home statunitensi con dolore cronico di origine non neoplastica non riceveva alcun farmaco analgesico. I farmaci maggiormente prescritti erano: paracetamolo (37%), propofisene (18%), idrossicodone (7%) e tramadolo (5%), ma solo nel 47% dei casi i farmaci antidolorifici erano prescritti a dosi fisse⁽²⁹⁾.

Infine, non vanno dimenticati gli interventi non farmacologici di sollievo dal dolore (ad esempio, le terapie fisiche, la massofisioterapia, le terapie cognitivo-comportamentali, ecc.) che potrebbero essere attuati con beneficio anche ad anziani con importanti limitazioni funzionali⁽³⁰⁾.

Le problematiche relative al controllo del dolore e, più in generale, all'applicazione delle cure palliative negli anziani in condizioni di fragilità, stanno assumendo particolare interesse tanto che l'OMS-Europe si è fatta recentemente promotrice di una pubblicazione, di larga diffusione, nella quale si evidenziano i punti di incontro tra geriatria e cure palliative e, soprattutto, quanto sia importante il continuo trasferimento, tra le due discipline, di conoscenze ed esperienze, specie nel controllo dei sintomi che impattano negativamente sulla qualità della vita degli anziani⁽³¹⁾. Riprendendo in parte quanto già raccomandato dall'OMS si sottolinea che, per migliorare il controllo del dolore nelle strutture geriatriche, ogni istituzione dovrebbe:

- intraprendere "quality audit" orientati al controllo del dolore nella propria popolazione residente;
- approfondire il riconoscimento dei bisogni degli anziani (per es. attuare la valutazione del dolore analogamente alla rilevazione degli altri parametri vitali), garantendo al personale di assistenza una adeguata formazione nella medicina palliativa;

- promuovere la collaborazione nelle aree di ricerca comuni alla medicina geriatrica e alla medicina palliativa;
- favorire gli investimenti nella ricerca e nella formazione di cure palliative rivolte agli anziani.

In conclusione nelle RSA, che rappresentano un importante livello assistenziale per la popolazione anziana, la promozione di programmi per il controllo del dolore, e più in generale per l'applicazione dei principi delle cure palliative, rappresenta una importante necessità di salute pubblica. L'implementazione di programmi per il miglioramento del controllo del dolore in queste strutture è però fortemente condizionata, tra gli altri fattori, dalla crescita culturale e professionale degli operatori in questo ambito. È stato dimostrato che l'applicazione di sistemi per la gestione della qualità (audit, circoli per la qualità, definizione di procedure e protocolli) è in grado di determinare significativi miglioramenti⁽³²⁾. Pertanto, è auspicabile che in un prossimo futuro ci sia una maggiore destinazione di risorse destinate alla formazione specifica degli operatori (medici, infermieri, addetti alla assistenza) delle RSA.

Bibliografia

1. Pesaresi F. Tendenze internazionali nell'assistenza dell'anziano non autosufficiente. In: *Rapporto Sanità 2005. Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari*. G.S. Gensini, P. Rizzini, M. Trabucchi, F. Vasara (eds). Il Mulino ed., Bologna, 2005: 293-382.
2. Kemper P, Murtaugh CM. Lifetime use of nursing home care. *N Engl J Med* 1991; 324: 595-600.
3. Brock DB, Foley DJ. Demography and epidemiology of dying in the U.S. with emphasis on death of older persons. *Hosp J* 1998; 13: 49-60.
4. World Health Organization. *Better Palliative Care for Older People*. E. Davies, I. Higginson (ed.). WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004.
5. Ferrel BA, Ferrel BR, Osterweil D. Pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 409-14.
6. Ferrel BA. Pain management in elderly people. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 4-73.
7. Teno JM, Weitzen S, WetleT, et al. Persistent pain in nursing home residents. *Jama* 2001; 285: 2081-85.
8. Won A, Lapane K, Gambassi G, et al. Correlates and management of nonmalignant pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 936-42.
9. Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, et al. Management of pain in elderly patients with cancer. SAGE Study Group. *Systematic Assessment of Geriatric drugs use via Epidemiology*. *JAMA* 1998; 279: 1877-82.
10. Sengstaken EA, King SA. The problem of pain and its detection among geriatric nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41: 541-44.
11. Grossman SA, Sheidler VR, Swedeen K, et al. Correlation of patient and caregiver ratings of cancer pain. *J Pain Symptom Manage* 1991; 6: 53-7.
12. Ferrel BA, Ferrel BR, Rivera L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symptom Manage* 1995; 10: 591-98.
13. Brody EB, Kleban MH. Physical and mental health symptoms of older people: Who do they tell? *J Am Geriatr Soc* 1981; 29: 442-49.
14. Ersek M, Krabill BM, Hansberry J. Assessing the educational needs and concerns of nursing home staff regarding end-of-life care. *J Gerontol Nursing* 2000; 26: 16-26.
15. Costantini M, Viterbori P, Fiego G, et al. Prevalence of pain in Italian hospitals: results of a regional cross-sectional survey. *J Pain Symptom Manage* 2002; 23: 221-30.
16. Stein WM, Ferrel BA. Pain in the nursing home. *Clin Geriatr Med* 1996; 12: 601-13.
17. AGS Panel. The management of chronic pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 635-51.
18. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis* 1987; 40: 373-83.
19. Conwell Y, Forbes NT, Cox C, et al. Validation of a measure of physical illness burden at autopsy: the Cumulative Illness Rating Scale. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41: 237-48.
20. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Md State Med J* 1965; 14: 61-6.
21. Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. Outcome of comprehensive medical rehabilitation measurements by PULSES profile and Barthel index. *Arch Phys Med Rehab* 1979; 60: 145-54.
22. Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. *J Psychiatr Res* 1975; 121: 189-98.
23. Feldt K. The complexity of managing pain for frail elders. *Am J Geriatr Soc* 2004; 52: 840-41.
24. Parmelee PA. Pain in cognitively impaired older persons. *Clin Geriatr Med* 1996; 12: 473-87.
25. Weiner DK, Peterson BL, Logue P, et al. Predictors of pain self-report in nursing home residents. *Aging Clin Exp Res* 1998; 10: 411-20.
26. Closs SJ, Barr B, Briggs M, et al. A Comparison of five pain assessment scales for nursing home residents with varying degrees of cognitive impairment. *J Pain Symptom Manage* 2004; 27: 196-205.
27. Feldt K. The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain Manage Nurs* 2000; 16: 54-63.
28. World Health Organization. *Cancer pain relief and palliative care*. World Health Organization, Ginevra, 1990.
29. Won AB, Lapane K, Vallow S, et al. Persistent non-malignant pain and analgesic prescribing patterns in elderly nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 867-74.
30. American Geriatric Society. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: S205-S224.
31. OMS-Europe. *Better Palliative Care for Older People*. E. Davies, I. Higginson (eds). Copenhagen, 2004.
32. Baier RR, Gifford DL, Patry G, et al. Ameliorating pain in nursing homes: a collaborative quality-improvement project. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 1988-95.